Martinez Garza (P)

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.

APUNTES
DE
CLÍNICA EXTERNA

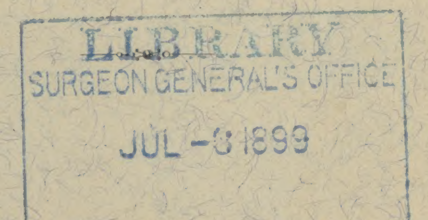
TESIS DE RECEPCIÓN

DE

PEDRO MARTÍNEZ GARZA,

Alumno del Colegio Civil de Monterrey,
Alumno de la Escuela N. de Medicina y Practicante de número
en el Hospital "Juárez."

"On gagne toujours à écouter parler au lit du malade un homme plus expérimenté que soi."
Dr. J. A. Fort.



MEXICO
OFIC. TIP. DE LA SECRETARIA DE FOMENTO
Calle de San Andrés núm. 15. (Avenida Oriente 51.)

1895

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.

APUNTES

DE

CLÍNICA EXTERNA

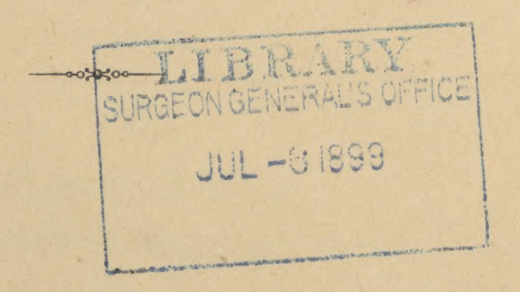
TESIS DE RECEPCIÓN

DE

PEDRO MARTÍNEZ GARZA,

Alumno del Colegio Civil de Monterrey,
Alumno de la Escuela N. de Medicina y Practicante de número
en el Hospital "Juárez."

"On gagne toujours à écouter parler au lit du malade un homme plus expérimenté que soi."
Dr. J. A. Fort.



MEXICO

OFIC. TIP. DE LA SECRETARIA DE FOMENTO
Calle de San Andrés núm. 15. (Avenida Oriente 51.)

1895

A MIS

QUERIDOS PADRES.

DEBIL PRUEBA DE AMOR FILIAL.

A MI MAMÁ GRANDE MATERNA

SRA. TRINIDAD GUTIERREZ,

Vda. DE GARZA.

A MIS HERMANAS MENORES

ELODIA Y CONCEPCION.

A MI DIGNA ESPOSA,

Mudo testimonio de mi acendrada fe.

A MIS TIERNOS HIJOS

Fernando y Ernesto Martínez Saint-Mamèr.

A LA MEMORIA

Del malogrado profesor de Histología Normal en la Escuela N. de Medicina, el laborioso é inteligente observador, mi maestro,

EL DOCTOR

MIGUEL CORDERO Y GOMEZ.

A LA MEMORIA DE MI PROFESOR DE CLINICA OBSTETRICA

EL DOCTOR

DON JUAN MARIA RODRIGUEZ.

A LA MEMORIA

Del que fué benévolo tutor y protector decidido de la juventud fronteriza en México,

El Sr. General Francisco Olivares,

Eco débil de mi imperecedera gratitud.

Admiración y respeto al eminente clínico y reputado oculista, mi maestro el Sr. Profesor

DR. MANUEL CARMONA Y VALLE.

A MIS MAESTROS:

De Anatomía Descriptiva,

El Sr. Prof. Dr. Porfirio Parra.

De Farmacia Teórico-práctica,

El Sr. Prof. Dr. Donaciano Morales.

De Patología Externa,

Sres. Profs. Dres. José M. Gama y Ramón Macías.

De Patología Interna,

El Sr. Prof. Dr. Secundino E. Sosa.

De Clínica Externa,

Sres. Profs. Dres. Tobías Núñez y Rafael Lavista.

De Clínica Médica,

Sr. Prof. Dr. Demetrio Mejía.

De Anatomía Quirúrgica,

Sres. Profs. Dres. Francisco de P. Chacón y Adrián de Garay.

De Terapéutica Quirúrgica,

Sr. Prof. Dr. Eduardo Licéaga.

De Terapéutica Médica,

Sres. Profs. Dres. Manuel Domínguez y Fernando Altamirano.

De Patología General,

Sr. Prof. Dr. Joaquín Vértiz.

De Obstetricia,

El Sr. Prof. Dr. Manuel Gutiérrez.

De Higiene y Meteorología Médica,

El Sr. Prof. Dr. Luís E. Ruíz.

De Medicina Legal,

El Sr. Prof. Dr. Alfonso Ruíz Erdozain.

De Bacteriología,

El Sr. Prof. Dr. Angel Gaviño.

De Clínica Obstétrica,

El Sr. Prof. Dr. Fernando Zárraga.

Cuando al pasar por el aula, escuché con avidez vuestras lecciones, y os aplaudí más de una vez con entusiasmo, fué porque me hicisteis comprender y asimilar tan doctas enseñanzas.

Mi admiración y mi gratitud hacia vosotros, no tienen límites.

A LA REINA DEL NORTE,

MI CIUDAD NATAL.

Al progresista é ilustre gobernante del Estado de Nuevo León,

C. General Bernardo Reyes.

Al C. General José del Valle,

Sincera amistad.

A mi tío el Sr. Licenciado

GENEROSO GARZA.

A mis maestros y amigos

Sr. Lic. Enrique Gorrostieta y Ricardo M. Cellard.

AL HONORABLE CUERPO DE PROFESORES

DE LA

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA.

AL C. MINISTRO DE FOMENTO

EL SEÑOR INGENIERO

D. MANUEL FERNANDEZ LEAL,

Tributo de gratitud.

Al Cuerpo Médico del Hospital "JUAREZ."

Á LA SOCIEDAD MEDICA "VALENTIN GOMEZ FARIAS."

A MIS COMPAÑEROS SIN EXCEPCIÓN.

PLAN GENERAL DE EXPOSICION.

1ª PARTE.

I. Heridas.
II. Ligaduras.
III. Suturas.
IV. Curaciones.

2ª PARTE.

I. Heridas en particular.
II. Fracturas.
III. Quemaduras.
IV. Caries y Necrosis.
V. Abscesos.
VI. Laparotomías.
VII. Amputaciones.
VIII. Desarticulaciones.
IX. Fimosis.
X. Hidrocele.

PRIMERA PARTE.

I

HERIDAS.

MEDIOS QUE TENEMOS PARA CURARLAS.

DESPUES de lavar quirúrgicamente una herida hay que curarla. Dos caminos podemos seguir para conseguirlo: ó bien aproximamos sus bordes por cualquiera de los medios que se conocen, con el objeto de tener su reunión inmediata primitiva (primer camino), ó bien la curamos á fondo.

Pero como quiera que no todas las heridas se deben de curar de una ú otra manera indistintamente, conviene decir cuáles se han de curar de un modo y cuáles de otro.

Si es una herida reciente, neta, á la que vamos á hacer una primera curación, por ejemplo, se comprende que habremos de intentar *reunirla* después de haberla lavado cuidadosamente; la suturaremos profunda ó superficialmente, según que sean uno ó varios los planos interesados, teniendo las precauciones de rigor

empleadas en cirugía corriente y pondremos después sobre ella el apósito más apropiado.

Si es una herida operatoria con mayor razón seguiremos esta conducta; hay, sin embargo, excepciones que es preciso mencionar: cuando por dicha herida haya de pasar por cierto tiempo el contenido de alguna víscera ó algún producto patológico emanado de ella (el pus de los abscesos de hígado en la operación de Recamier ó de Little y Ayme, materias fecales en la del ano artificial, el líquido del empiema en la pleurotomía antiséptica, etc.); pero si dicha herida no tiene ya objeto (curación del absceso de hígado ó de pleura, herida abdominal de la laparotomía *aséptica)* hay que cerrarla y que cerrarla en regla.

Esto no quiere decir, bien entendido, que se cierre siempre bien; hay ocasiones en que se debe dejar en un extremo una salida, un escape tal vez necesario para el libre escurrimiento de la linfa plástica en exceso, por ejemplo, con ó sin tubo de canalización y en el lugar más en declive. De este modo se favorece la cicatrización rápida del resto de la solución de continuidad, puesto que encontrando una salida franca por ese lugar, los líquidos no se interponen entre los labios de la herida y la cicatrización de ésta se efectúa sin estorbo, por la anastomosis rápida de los vasos sanguíneos, linfáticos y demás elementos embrionarios neoformados en uno y otro labios.

El canal ciego del lado del fondo de la herida, que queda al sacar el tubo, cicatriza después poco á poco del fondo á la superficie, lo que se favorece sacando cada vez más dicho tubo en cada curación.

Rara vez este trayecto deberá quedar al afrontar una herida para que reuna, pues que muy pocas veces también estará indicado afrontar esa herida si escurre todavía, sea sangre, sea linfa y menos pus; pero cuando se haya de dejar un trayecto semejante, se hará antes una desinfección cuidadosa, porque no está exento del peligro de infectarse, tanto más cuanto que sea más largo y más estrecho y, en suma, más difícil de desinfectar bien en las curaciones ulteriores.

Otras veces, por el contrario, se cerrará una herida enteramente y sin dejar trayecto alguno para el escurrimiento de los líquidos. Las indicaciones de este caso se desprenden de lo que acabo de decir, puesto que si se está seguro de que nada escurrirá, inútil é inconducente, tal vez perjudicial, sería dejar alguna salida.

Cuando esto se haga (más que nunca) no se apretarán demasiado las suturas superficiales en previsión de un estrangulamiento de los puntos, como de la salida posible, y en todo caso útil, de una poca de sangre ó de linfa, que desempeña el papel de un último lavado espontáneo hecho por la naturaleza, ya bajo la curación, y cuyo producto es recogido y absorbido por ésta.

Las heridas operatorias que resultan de la formación de uno ó más colgajos para la confección de un muñón, son las más apropiadas, la mayor parte de las veces, para ser reunidas de primer intento. Dichas lesiones después de suturarse asépticamente por planos, y previa hemostasis, se cerrarán atrevidamente sin dejar tubo; pero con la condición de que al cerrarlas se

quede satisfecho de las condiciones en que se ejecuta la oclusión.

En el número de estas condiciones hay que citar en primera línea la desinfección perfecta ó la asepcia rigurosa, y en segundo lugar la regularidad de los tejidos afrontados, etc.

Pongo primero aquella condición por haber demostrado varias veces que existiendo ella, la segunda no es del todo indispensable. La cicatrización será falsa y la cicatriz no tendrá la solidez apetecida cuando, por ejemplo, se hayan reunido por primer intento la piel y el tejido celular en toda la extensión de la herida operatoria y los planos músculo–aponeuróticos profundos por una falta de regularización no sean ó no hayan sido perfectamente afrontados, pero el éxito operatorio queda asegurado desde luego desde el punto de vista de las consecuencias y en cierto modo del resultado, que si por lo pronto no es el ideal más tarde se le aproxima.

Habiendo cicatrizado en toda la extensión de la herida la piel y el tejido celular, no importa mucho que los planos profundos no lo estén todavía (porque permanezcan á cierta distancia un borde del otro) con tal de que estén asépticos, porque, estándolo, bastará una compresión ligera por fuera del muñón para aproximarlos y se reunirán entonces sin obstáculo, toda vez que la puerta de la infección se ha cerrado con oportunidad, de lo contrario aunque el afrontamiento de aquellos haya sido inmejorable, la herida toda corre riesgo y por ende el individuo que la lleva.

¿Qué es lo que pasará en el primer caso cuando so-

brevenga aquella falsa cicatriz? Una de dos: ó lo que hemos visto anteriormente y en un tiempo más ó menos breve la cicatriz queda definitivamente constituída, ó lo que sucede más á menudo y es que dicha cicatriz verdaderamente falsa [1] de los planos profundos, no tiene lugar, porque no habiéndose desinfectado como debieran, se produce supuración en el interior de la herida, la fluctuación se hace manifiesta á través de los planos superficiales ya cicatrizados y el pus tiende á abrirse paso al exterior. El termómetro sube y los síntomas locales unidos á los generales nos obligan á intervenir. Para esto hay que destruir aquella *verdadera* falsa cicatriz de la piel y que evacuar el foco, desinfectarlo de nuevo y proceder á una curación á fondo de la herida toda. El cuadro sintomático desaparece entonces y aquella sigue la marcha ordinaria de toda herida que supura (si no se complica de otra cosa). ¡Mas cuánto nos hubiéramos evitado si al hacer nuestra primera curación no hubiéramos olvidado tan importante condicion!

Repito: aunque la segunda no hubiera sido perfecta, la primera, la esencial nos hubiera bastado tal vez para precaver tantas consecuencias. La marcha de aquella herida habría sido la que indiqué al principio. Ambas condiciones, en resumen, son necesarias para obtener el éxito, pero la primera es indispensable.

Para estas heridas en las condiciones en que las he venido estudiando, si reunen por primera intención bastará que en la segunda curación que se les haga,

1 Cicatriz en falso del vulgo.

se quiten los puntos de sutura (en totalidad ó en parte según conviniere) [1] y se aplique sobre ellas una curación protectora que se tendrá en su lugar el tiempo que se juzgue conveniente.

Si reunen en parte, se intentará á la segunda curación la reunión inmediata secundaria de la parte restante ó se curará á fondo esta parte si hubiere contraindicación á aquello (formación de pseudo membranas en las superficies por reunir), hasta detersión completa de dichas superficies que se habrán ya recubierto de botones carnosos rojos y pequeños (de buena naturaleza).

La reunión inmediata secundaria deberá entonces ser intentada si se quiere abreviar la duración del proceso de reparación. Casi siempre la reunión en estas condiciones tiene lugar sin dificultad.

Más si tenemos que curar por la primera vez una herida reciente, irregular (heridas contusas, por machacamiento, arrancamiento, etc.), el camino que debemos seguir es, la mayor parte de las veces, el segundo: curación á fondo.

Y se comprende que, dada la irregularidad de los tejidos divididos, el afrontamiento sea raras veces posible ó que lo sea por lugares. En este caso se hará donde se pueda hacer, curando á fondo el resto. Esta curación debe tener también por condición indispensable ser aséptica ó antisépticamente hecha, ya que la regularidad falta en los tejidos para el afrontamiento ó la reunión inmediata y que hay que conservar lo

1 Es mejor quitarlos todos si no se tiene temor de que la herida se reabra.

más que se pueda, pero nada más mientras se pueda. Esto, en la primera curación donde solamente hay que quitar lo que el traumatismo haya mortificado, pues en la siguiente ó siguientes curaciones, habrá que ir desprendiendo lo que la naturaleza vaya separando visiblemente por medio de la gangrena, á fin de que dichas partes esfaceladas no sirvan de focos de infección tan perjudiciales en todas partes y tan fatales en cualquier traumatismo sobre todo expuesto, donde la exposición misma es ya una causa que á tan terrible azote predispone.

La marcha de la lesión es lo que modifica en lo sucesivo la opinión del cirujano y norma su conducta enfrente de aquella. Si esta marcha es favorable, si ningún síntoma puede leerse que se deba traducir por una infección local ó general, la espectación racional se impone y se puede ser entonces cirujano conservador; pero existen casos en los que la intervención es de todo punto indispensable, aun cuando no haya signo alguno de infección, tal sería aquel en que un hueso desprovisto de tejidos blandos hiciera saliente en una herida más ó menos irregular y anfractuosa. La resección del hueso seguida de una regularización de las partes blandas complementaría la intervención transformando el todo en una herida común y corriente, que aunque comunicando con el foco de la fractura, sería más fácil de aislar é incomunicar de dicho foco, transformándolo en subcutáneo. Algunas veces, sin embargo, la amputación sería la operación de elección en semejantes circunstancias, en que fuese del todo imposible la conservación del miembro ó el restableci-

miento de la continuidad del esqueleto por fractura conminuta, etc., etc., pero en todo caso operación justificada; transformación de una herida irregular y en malas condiciones para curar, en otra de condiciones opuestas que se puede tratar en seguida como las de su especie á que ya me he referido (heridas operatorias), [1] etc., etc.

La curación á fondo consiste en aplicar directamente sobre las superficies cruentas un apósito antiséptico, sea cual fuere el objeto y clase de dicho apósito y sin aproximar hasta el contacto dichas superficies. Se usa, siempre que por cualquier motivo no se pueden ó no se quieren afrontar los labios de una herida, y para dejar á ésta cicatrizar espontánea y naturalmente, esperando que las yemas carnosas vengan desde el fondo á cubrir la exeresis; y una vez que hayan llegado á la superficie sean á su vez recubiertas por la lista epidérmica. Como se comprende, este modo es lento, y expone, teniendo que hacer un mayor número de curaciones, á más probabilidades de una infección secundaria, pero es muchas veces indispensable, como cuando hay conejeras ó huidas purulentas que desembocan

1 No se debe contemporizar con la lesión sino el número de días indispensable para que el paciente se haya acostumbrado al medio nosocomial; la operación se llevará á cabo en mejores condiciones y con mayores probabilidades de éxito que si se hubiese hecho inmediatamente. La práctica de los buenos maestros nos enseña que las operaciones, sobre todo de cierta importancia, son mejor soportadas á título de operaciones secundarias que de primitivas, esto es: mientras más se aleja del choque traumático el choque quirúrgico.

en cualquier punto de aquellas superficies, en cuyo caso deberá esperarse la cicatrización de dichos trayectos curándolos también hasta su fondo. Si llegamos á obtener, así solamente, dos superficies que, como dos planos inclinados y reunidos en su borde longitudinal inferior, se correspondan mutuamente, podremos combinar á la curación á fondo el afrontamiento moderado, y de esta manera abreviaremos la curación. Hasta el afrontamiento perfecto es factible en estas magníficas condiciones, con tal de que no se hayan descuidado la desinfección ó la asepcia más rigurosas.

En las heridas por arma de fuego consideradas por algunos autores, Moynac entre otros, como heridas contusas,[1] se intentará á la primera curación, previa una buena asepcia, la reunión del trayecto por primer intento. En el hospital se respeta esta primera curación hasta que haya una indicación formal de cambiarla. Si entonces no ha reunido todavía dicho trayecto, ó no ha reunido sino en parte, se intenta por segunda vez la reunión de esa parte.

Nunca se procede de otra manera, excepto cuando alguna complicación séptica se manifiesta, en cuyo caso todo es permitido (contra-abertura, canalización, incisión amplia del trayecto, en toda su longitud, para transformarlo en una herida cortante simple, cauterización de esta herida y curación á fondo, etc., etc.), con tal de oponerse á la propagación de la infección y á sus consecuencias.

1 Patología general del citado autor, 4ª edición, páginas 135, 149 y siguientes.

En la Clínica del Profesor Núñez, he visto muchas de estas heridas (bien curadas la primera vez) cicatrizar completamente en todo su trayecto por primera intención, y no quedar sino los dos orificios que, curados á plano convenientemente, han cerrado también en pocos días,[1] abreviándose de este modo, de una manera notable, la curación. He notado que las que tienen un solo orificio, reunen menos fácilmente, lo que es debido, muy probablemente, á que se desinfectan menos bien.[2]

Cuando sin sobrevenir complicaciones no se ha podido obtener, sin embargo, la reunión, á pesar de haberla intentado cuidadosamente, se debe buscar si algún cuerpo extraño ha quedado rezagado en el fondo de saco del trayecto ó enmedio del tunel, si éste es demasiado largo y sinuoso, en cuyo caso se extraerá dicho cuerpo, después de lo cual nada se opone generalmente á la adhesión de las paredes del trayecto. Si éste queda sucio con seudomembranas, se canalizará á la gasa yodoformada ó con tubo apropiado al caso, hasta que se limpie perfectamente. En una de las últimas curaciones se hará, después del lavado antiséptico

1 Pero por intermedio de un tejido de cicatriz.

2 El respetable Profesor libre de Patología y Clínica quirúrgica de la Facultad de Paris, ya citado, dice en la misma obra (Patología General, 4ª edición, pág. 153) á este respecto en una breve nota: "Car les plaies par armes à feu ne se réunissent pas par première intention." Sin negar completamente la posibilidad de la no reunión inmediata primitiva, creo poder afimar por los hechos clínicos cuya marcha he conducido: *que es muy posible obtener en ciertos casos tal reunión.*

acostumbrado, una inyección con tintura de yodo pura ó yodurada, se retirará el tubo completamente y se pondrá el apósito después (curación seca abierta), haciendo con el vendaje una compresión metódica del fondo á la boca del trayecto, si éste es ciego, ó de la parte media hacia los dos orificios, si es en tunel. La adhesión entonces es casi segura, dejando en reposo la lesión un tiempo suficiente para que tenga lugar aquella. No se cambiará el apósito sino varios días después, y sólo que haya indicación de hacerlo.[1]

II

LIGADURAS.

A.—Terminales.

Para hacer la ligadura terminal de las arterias,[2] he oído recomendar al Dr. T. Núñez en su clínica de este año, el siguiente procedimiento: se coge la extremidad de la arteria con la pinza de Pean, se aisla, se estira un poco, se liga lo más alto que se pueda y se corta un solo cabo del hilo de ligadura; en seguida se corta la arteria entre la ligadura y la pinza, pero siempre más cerca de aquella; el fragmento de tubo vascular queda tomado por un extremo entre los dientes del instrumento, donde se pueden ver y comprobar sus caracteres. (Está abierto ú obliterado, va acompañado de algún filete nervioso, etc., etc.) Cuando por este

1 Para las indicaciones del cambio de apósito, véase más adelante, pág. 31 y siguientes.

2 En las amputaciones por ejemplo.

medio se está seguro de que es la arteria el vaso ligado y que se ha aislado convenientemente, se corta el otro cabo del hilo de ligadura después de cerciorarse, por tracciones ejercidas sobre él, de que está bien puesto.[1]

B.—En la continuidad.

Ligadura de la subclavia.—Un caso.—Herida de la base del cuello en la región supra-clavicular izquierda; regular, casi transversal, interesa profundamente los planos de la región y sobreviene una hemorragia de la subclavia. El Dr. A. de Garay (médico de guardia), es llamado á tiempo y practica la ligadura de aquel vaso afuera de los escalenos. El enfermo es trasladado á la sala núm. 7, y pocos días después le sobreviene una pleuresía purulenta que complica, según se cree, á otra herida penetrante del costado izquierdo.

Resultado: muerte por septicemia.

Autopsia: comprobación de las lesiones y de la causa de la muerte.

(Hospital Juárez. Sala núm. 3. Observación personal y datos para la historia del caso clínico en cuestión.)[2]

Ligadura de la axilar.—Un caso.—Herida incom-

1 Más vale, dice el citado profesor de clínica quirúrgica, repetir la ligadura en ese momento, si no se hizo bien, que tener que hacerla después, si se cae, en las siguientes curaciones.

2 No han terminado así otros varios casos de ligadura de la subclavia por el procedimiento del Dr. Garay, en los cuales la reunión por primera intención ha sido la regla, y la curación no se ha hecho esperar.

pleta de la humeral izquierda en su tercio superior. Formación de un aneurisma traumático falso, primitivo, bien caracterizado, voluminoso y que reclama la intervención.

Tratamiento: asepcia extrema. Operación clásica magistralmente ejecutada. (Dr. Fernando Zárraga, Hospital Juárez, Sala núm. 2.)

El Profesor Zárraga me encarga poner las suturas y la curación. Cinco días después segunda curación: reunión por primera intención. Se quitan las suturas.

Resultado: curación en menos de quince días. Exito. Varios meses después la curación se mantenía aunque con una ligera torpeza funcional del miembro superior izquierdo. (Observación personal.)

III

SUTURAS.

Las que se hacen diariamente en las heridas, ya sean accidentales ú operatorias en el Hospital Juárez, son: ó bien profundas (agujas de Reverdin), ó bien superficiales (agujas de Reverdin ó agujas de sutura ordinarias curvas, montadas ó no en porta-agujas ó en una pinza de Pean).

El Dr. Núñez usa mucho el nudo doble de cirujano, que tiene la ventaja de no aflojarse el primer lazo mientras se echa el segundo, lo que acontece muy comunmente con el nudo simple cuando se sutura con catgut, resbaladizo sobre todo. Con la seda suele pasar otro tanto.

El Dr. Fernando López usa el nudo corredizo para las suturas superficiales. Aconseja que se haga del modo siguiente: una vez pasado el hilo por los labios de la herida por suturar, se toman los dos cabos (el más corto para abajo si la herida es transversal, para la derecha si es vertical), entre el pulgar y el índice de la mano izquierda, de manera que dichos cabos queden paralelos entre sí; en seguida se fijan en esa situación mientras que con los dos dedos semejantes de la derecha se pasa el cabo más corto (replegándolo sobre sí mismo) entre la herida y la extremidad de los dedos izquierdos, primero por arriba, después por la izquierda y luego por debajo (heridas verticales), ó primero por la derecha, después por arriba y luego por la izquierda (heridas transversales), de manera de sacarlo por la asa formada por ese mismo cabo al replegarlo; una vez que ha salido este cabo, el primer lazo del nudo corredizo queda formado; para apretarlo basta ejercer una tracción ligera sobre los dos cabos á la vez ó sobre el más corto solamente, cogido entre el pulgar é índice derechos; se corre entonces el lazo atrayendo el cabo más largo y rechazando con la uña del pulgar derecho el primer nudo simple así formado, hacia uno de los lados de la herida donde definitivamente ha de quedar; concluyendo después por echar el segundo lazo, queda constituído el punto de sutura. Se corta un cabo al ras del nudo, dejando el otro un poco más largo (un centímetro basta) para tomarlo con la pinza cuando se haya de quitar.

Recuerdo haber visto al Dr. Regino González hacer esta sutura un poco modificada, como sigue:

En lugar de dejar el cabo más corto para abajo ó para la derecha, es el más largo el que hace quedar en este sentido; pero como este cabo largo lleva la aguja de sutura en su extremidad, se vale de aquella para pasar dicho cabo por el asa que resulta de replegarlo sobre sí mismo. El resto de la maniobra se ejecuta como lo hace el Dr: López.

Pero sea que se haga la sutura que usa este señor, íntegra ó modificada, ó el nudo de cirujano, ó cualquiera otra, hay que tener ciertas precauciones, que de paso voy á señalar.

1ª La aguja ya enhebrada y montada, *lista*, en una palabra, para servir, no ha de pasar de mano en mano, sino que el encargado de dar los instrumentos deberá sacarla del líquido en ebullición ó de la solución antiséptica y presentarla á la mano del que opera, en el porta agujas ó la pinza. Si es posible, el cirujano mismo deberá sacarla.

2ª El hilo de sutura no debe ser demasiado largo; se expone así á perderlo de vista y á dejarlo caer y contaminarse con los lienzos, el hule, los escurrimientos de la herida misma, etc., etc., y por tanto á frustrar una cicatrización que de otro modo tal vez hubiera sido por primer intento.

3ª Por poco largo que lo fuere, su extremidad deberá alojarse, en gran parte, en la palma de la mano izquierda antes de atravesar con la aguja los labios de la solución de continuidad, no dejándolo salir de allí sino para correrlo á medida que se retira la aguja.

4ª Esta última no se ha de dejar colgando para hacer el nudo (se expone así á que se salga ó á que se

contamine), sino que se recogerá en la concavidad palmar izquierda[1] con el excedente de catgut, hasta haber terminado el punto de sutura, después de lo cual se procederá al siguiente con las mismas precauciones. Se comprende que de tal suerte se ahorra el trabajo de hervirla de nuevo ó de sustituirla por otra á cada punto que se haga.

De paso diré también que hay otras clases de suturas usadas, aunque con menos frecuencia, y son: la emplumada (suturas profundas), la ensortijada (en la piel de la cabellera y en todas aquellas regiones cuyas heridas tienen tendencia á invertir sus labios hacia adentro, pues que sirviendo los alfileres como de férula interna, impiden semejante inversión), etc., etc.

Las llamadas en surgete ú orleo y la en zig-zag ó en hilvan son poco usadas.

Las suturas de puntos separados tienen ventajas sobre las continuas, porque se pueden quitar unos puntos respetando otros sin que éstos se deshagan, inconveniente observado en casi todas las continuas.

El nudo de cirujano se extrangula con suma facilidad; el nudo corredizo raras veces; ambos se ejecutan fácilmente.

1 La objeción única que se podría hacer á esta prescripción es la de que se picarían los dedos de la mano izquierda al cerrarla, pero carece de valor desde el momento en que sabemos que la actitud del cirujano no es la del pugilista, sino que después de hacer la toillette de sus manos, las conserva entreabiertas y en supinación, como para recordarse el cuidado exquisito que debe poner al operar y su escrupulosidad en hacer todo con el mayor esmero y finura posibles, para no infringir ninguno de los preceptos de su arte, para no prostituirlo, para ser su apóstol no su apóstata.

CURACIONES ANTISÉPTICAS.

HÚMEDAS.	Curación húmeda simple.	Ejemplos	Cataplasma antiséptica de Reclus, compuesta de una compresa plegada en cuatro, empapada en solución bórica tibia y cubierta de una tela impermeable.
		Usos......	Abscesos profundos para favorecer su resolución y en caso de que supuren, la colección del pus.
	Curación húmeda compuesta.	Ejemplos	Curación húmeda común; confeccionada de diversas maneras pero constituída esencialmente por una tela perforada ó no, mojada en una solución antiséptica, exprimida y untada en una de sus caras con una grasa antiséptica también; un mollar de hilas ó algodón húmedo y el impermeable.
		Usos......	Curación á fondo de las heridas irregulares y sinuosas (por machacamiento, arrancamiento, etc., etc.), é inafrontables por lo tanto.
SECAS.	Curación seca abierta.	Ejemplos	Curación seca antiséptica común, compuesta de una gasa antiséptica seca, con ó sin algún polvo ó grasa antisépticos y algodón antiséptico seco. Vendaje. La curación de Lister es un ejemplo de curación seca abierta. (Está en desuso.)
		Usos......	Heridas operatorias suturadas (muñones, resecciones, costales y otras), ó sin suturar (herida de la pleurotomía antiséptica, del ano artificial, por el procedimiento de Paul Reclus, etc., etc.)
	Curación seca por oclusión.	Ejemplos	Curaciones al colodión simple ó yodoformado, curaciones con baudruche y colodión, etc.
		Usos......	Primeras curaciones en heridas cortantes, recientes, no infectadas, máxime si son pequeñas, superficiales y que sus bordes no tienen tendencia á estar muy separados; generalmente en heridas que no se suturan; pero se puede usar en heridas que se acaban de suturar muy asépticamente.

IV

CURACIONES.[1]

Estas cuatro variedades de curaciones, ó mejor dicho, de apósitos,[2] son las más comunmente usadas en cirugía hospitalaria; es por eso que no he querido dejar de mencionarlas.

Algunas de ellas se hacen una sola vez en el curso del tratamiento de una herida, no siendo ya necesario hacer otra curación por cicatrización completa de aquella, tal es la curación por oclusión, y la de Lister cuando la herida sobre que se han aplicado reune de primer intento; las otras se hacen un número de veces que varía con la duración del tratamiento requerido por la lesión.

En estas últimas hay que estudiar la frecuencia con que se deben renovar, y á este respecto se puede decir que, según la indicación que tenga que llenarse, y algunas otras condiciones especiales en cada caso particular, la curación se cambiará una ó dos veces al día, cada tercer día, ó se hará más retardada aún.

Las curaciones se hacen retardadas:

1º Cuando se tiene en vista la reunión por primera intención.

1 Véase el cuadro adjunto.

2 En el lenguaje usual de la cirugía, la palabra curación ha venido significando el apósito, y así es muy común oir á un cirujano, al distribuir los papeles entre sus ayudantes, decir á uno de ellos: vd. prepara la curación; se entiende que es el apósito, por lo que tal vez esta palabra merecería ser más usada de lo que es en sustitución de la otra: de la cual parece ser sinónima en ciertas ocasiones. Curación tiene, sin embargo, una acepción más lata.

2º Cuando antisépticamente curada á fondo una herida ésta no supura *por tal motivo*.

3º Cuando no hay indicación de cambiarlas, en cuyo caso se esperará á que dicha indicación exista.

En el primer caso se retardará la siguiente curación con el objeto de esperar á que se haga la reunión que se desea.

En el segundo se retarda la curación el mayor tiempo posible, porque la cicatriz que viene del fondo se hace tanto mejor y más rápidamente cuanto que es mayor el reposo en que se la deja.

En el tercero, porque en cualquiera materia, pero en cirugía sobre todo, nunca se debe obrar sin que exista una causa que justifique nuestros actos y sin que se haga sentir la necesidad de ejecutarlos; de otro modo se expone á las consecuencias de un inmotivado proceder y cuando menos á perder el tiempo inútilmente.

Es indudable que rodeándose de todas las precauciones necesarias para hacer las curaciones, no habrá nunca peligro de la infección á que sin aquellas se está expuesto á cada momento, siempre que se coloca un nuevo apósito. Pero hay que advertir que en los hospitales principalmente ese conjunto de condiciones no está todo reunido, y que por lo tanto se trata de exponer la lesión que se nos encomienda el menor número de veces á la infección; y que por poco escaso que sea el material de que estemos dotados para efectuar dichas curaciones, es nuestro deber economizarlo científicamente, si queremos que no se nos agote para las curaciones subsiguientes.

El efecto mediato de esta bien entendida economía es el de coadyuvar con mucho al fin que se propone: esto por varios motivos:

1º Porque en cada apósito se podrán emplear en mayor cantidad los elementos y piezas de curación, quedando así ésta mejor hecha que si se hicieran dos ó más curaciones en el mismo tiempo con los mismos elementos.

2º Porque generalmente se pone menor cuidado en curar cuando se hace con más frecuencia, porque se hace más de prisa y por tanto menos bien.

3º En fin, porque más vale curar bien una vez por día que no dos veces mal.

Si á pesar de esto se insiste en hacer curaciones frecuentes, no hay que olvidar, por esto, que por grande que sea esa frecuencia, es preciso hacer cada curación rodeándose de todas las precauciones necesarias para ello y hacerlas con la misma dedicación y cuidado que si dichas curaciones se hiciesen retardadas.

Esto fastidia muy pronto y llega á ser muy cansado para el ejecutante, á no ser que éste sea de una desmedida paciencia ó de un gusto especial para trabajar continua é inútilmente; lo que es raro.

Además de lo dicho, añadiré que la molestia causada al enfermo se multiplica con el número de curaciones que se le hagan, máxime si comprende que es sin provecho real para él. Pues, si se quiere conciliar el máximum de utilidad de las curaciones con la frecuencia con que deban renovarse, será bueno atender á las indicaciones reales que la práctica enseña.

Existe indicación formal de cambiar una curación en cualquiera de las tres circunstancias siguientes:

1ª Cuando haya trastornos locales.

2ª Cuando haya trastornos generales.

3ª Cuando ambos trastornos existan á la vez.

Los trastornos locales pueden ser mecánicos, físicos y subjetivos.

Los mecánicos son: la desviación ó descompostura del apósito, su caída, etc., etc.

Los físicos son: que esté manchada la curación con sangre, pus, etc., ó que haya sido hecha de una manera visiblemente inadecuada.

Los subjetivos son los síntomas siguientes: el dolor, el ardor, las punzadas y la comezón.

Los tres primeros síntomas no constituyen en realidad sino variedades de una misma sensación subjetiva; pero como quiera que cada uno tiene su significación propia, señalaré brevemente en qué casos se observan de preferencia.

El dolor propiamente tal, es de ordinario continuo, sin pulsaciones, lento, sordo, exasperado por los movimientos, etc., etc. Se presenta siempre que hay una causa de irritación extendida á una gran zona ó aun á toda la herida; que dicha causa obra sin intermitencias y de una manera lenta, poco intensa pero conti nua: extrangulamiento de los puntos de sutura, compresión exagerada ó irregular de un vendaje mal aplicado, etc.

Las punzadas son, digamos así, el dolor pulsatil, y se presentan ya continuamente, ya con intervalos de descanso relativamente cortos. Traducen la exisțencia

de una colección purulenta, cerrada, por pequeña que sea, pues muy raras veces faltan en los abscesos, con mayor razón si sus paredes no han dado de sí, porque entonces la tensión interior se exagera con la llegada intermitente de la sangre en los capilares del derredor del foco, que han perdido su elasticidad por la inflamación. Esta forma del dolor deja de presentarse rara vez en las heridas que han cerrado en falso, cicatrizando en su superficie y abscedándose en su profundidad. Suele desaparecer cuando la pared (casi siempre externa) del absceso, se distiende, se adelgaza, y que la fluctuación se hace aparente; casi siempre ya para esta fecha la cavidad del absceso está revestida *completamente* por una gruesa barrera, *la membrana piogénica*, y la fiebre ha cesado por lo tanto. Ambos síntomas han dejado de manifestarse; pero de su diagnóstico retrógrado puede inferirse, casi con seguridad, la formación de un absceso, la existencia probable de una lesión abscedada y colectada en foco.

El ardor es también una variedad del dolor; pero éste es más vivo, más superficial, es también continuo ó casi continuo, pero sin pulsaciones. Se presenta cuando una zona muy superficial de filetes nerviosos está irritada por cualquiera causa: escoriaciones en general y particularmente las de los labios de las heridas cuando aquellos están bañados en el pus; en las quemaduras superficiales más que en las profundas, donde los filetes superficiales han sido destruídos.

Por último, la comezón, que es una sensación especial de cosquilleo muy fino, traduciría la presencia del pus sobre la piel no escoriada, y sería debida tal vez

á los movimientos de los micro-organismos vivos que este líquido contiene.

Así, pues, mientras que el dolor puro es vago, en cuanto á su situación más ó menos profunda, el ardor es localizado á la superficie generalmente desnuda de la dermis, y las punzadas son el dolor vago, profundo, pero pulsátil. La comezón es también, como el ardor, una sensación superficial; pero más superficial todavía, pues depende de una excitación más bien que de una irritación de los filetes cutáneos, y cuya condición de producción es que dicha excitación obre á través de la epidermis.

Por el estudio de todas estas perturbaciones sintomáticas locales, aisladas ó combinadas, se puede llegar á determinar, sin quitar una curación, si es necesario cambiarla y muy aproximadamente cuál es el estado que guarda la lesión que está debajo.

Si á esto se añade el dato anamnéstico relativo al tiempo de que data la curación, y el no menos importante de los elementos con que fué hecha, tendremos ya razones más ó menos fuertes para decidirnos en pro ó en contra del cambio de un apósito.

A todas estas consideraciones respecto del estado local, tendrán que adunarse, en la mayoría de los casos, las que se refieren á los trastornos generales. Estos son los que sobrevienen en toda infección á consecuencia de un tramautismo, y entran en el estudio de las diversas complicaciones de las heridas; lo único que no se ha de olvidar, al investigarlos, es el termómetro. que debe ser el compañero inseparable del cirujano y su guía más seguro en estos casos. Habrá ocasiones,

sin embargo, en que el cuadro de perturbaciones generales parezca pertenecer á una enfermedad intercurrente; pero el diagnóstico diferencial se hará entonces sin dificultad, acudiendo al examen clínico de los diversos aparatos orgánicos, sin despreciar por supuesto los conmemorativos.

En tesis general, puede decirse que siempre que haya un traumatismo, sea cual fuere, pero sobre todo si es expuesto y que sobrevengan trastornos generales simulando una enfermedad intercurrente, es el estado que guarda la lesión el que deberá consultarse antes de pasar adelante. Si ese estado es bueno no queda otro camino que continuar la pesquisa en el sentido de la existencia posible de algún otro padecimiento.

El traumatismo suele, en efecto, despertar una diátesis hasta entonces latente ó servir de puerta secreta á la infección de alguna víscera, más ó menos distante, ligada á aquel lugar por la vía linfática, cerrándose acto continuo, por lo que es muy bueno estar alerta á cada momento.

Desde que sobrevienen estos trastornos hay que cambiar la curación y ver si de la herida depende el cuadro que se observa; el cambio queda justificado, aunque se vea claramente que en apariencia dicho cuadro no depende de allí, desde el momento que tiene por objeto excluir en tal caso esa causa de la patogenia de la afección que se presenta.

Si trastornos generales y locales aparecen simultáneamente, con mayor razón está indicado cambiar un apósito.

SEGUNDA PARTE.

I

HERIDAS EN PARTICULAR.

Observación primera. Herida penetrante de vientre y hernia intestinal estrangulada.—Ultimamente[1] un caso. La herida parietal está en el flanco izquierdo; es regular, vertical, y mide como cinco centímetros de longitud. Operación, cloroformización, debridación de la herida por una incisión formando escuadra con ella y dirigida horizontalmente hacia adentro. Resección del asa gangrenada y abocamiento de los dos cabos de intestino sano por medio del botón de Murphy[2]. Lava-

1 Abril 15 de 1895.

2 Es la primera vez que se aplica en México este pequeño instrumento, el cual consiste esencialmente en dos segmentos de cilindro de metal niquelado ó de aluminio unidos por un canal central. En cada segmento se sujeta un cabo intestinal con una sutura en bolsa; después, por un mecanismo especial, una ligera presión basta para unir los dos segmentos, colocando éste, las paredes del intestino, adosadas serosa con serosa y perfectamen-

do antiséptico, reducción. Sutura parietal por planos. Dres. Fernando Zárraga y Adrián de Garay (Hospital Juárez, sala 7). Resultado: muerte en la misma noche. Autopsia: peritonitis generalizada y hemorragia interna. Extracción del botón. El enfermo tenía ya la peritonitis desde antes de la operación.

Sin embargo, aquellos dos cirujanos de Juárez registran en la estadística de este Hospital varios hechos de curación en condiciones semejantes; dos de los cuales fueron presentados á la Academia de Medicina. La curación se había sostenido en uno de ellos varios meses después. Los enfermos á que me refiero fueron operados por el procedimiento clásico de resección intestinal.

Observación segunda. Herida penetrante de pecho.[1] Hermenegildo Cárdenas, de 18 á 20 años de edad, de constitución buena, no tiene ninguna tara orgánica apreciable. Herida del costado derecho, quinto espacio intercostal y línea axilar media; regular, oblicua casi en la dirección del espacio, como de tres centíme-

te adaptadas, mejor que lo que lo haría la mejor sutura. La parte de intestino comprimida por el botón se esfacela; la periferia de él queda perfectamente unida, sin formar repliegues que disminuyan el calibre intestinal. Las materias fecales circulan por el canal central del botón, el cual una vez esfacelada la porción de intestino comprimida sale por el ano. Además de la sutura perfecta que se consigue con este aparato, la operación se acelera mucho y el choque traumático y los riesgos de una infección disminuyen considerablemente.

1 Observaciones semejantes, numerosísimas, he recogido, cuyo tipo es la presente, y las cuales no transcribo por no alargar demasiado este trabajo.

tros de extensión é interesa todo el espesor de la pared costal, la pleura parietal inclusive penetrando á la cavidad pleural derecha. Se complica de pleuresía purulenta. El Dr. Zárraga hace entonces la pleurotomía antiséptica en el lugar de elección y un amplio lavado de la serosa con solución de sulfato de cobre al dos por mil. La temperatura baja á la normal al día siguiente de la operación para no volver á subir ya. La duración del tratamiento se prolonga; la curación va retardándose más de tres meses; se va notando, es verdad, una escoliosis de convexidad izquierda en la región dorsal y la caída del hombro derecho se marca cada día más, al grado de hacer creer muy avanzada la retracción de la pared y la adherencia de ambas hojillas serosas. Al hacer las curaciones se puede apreciar, sin embargo, que cabe todavía una cantidad regular de solución y que falta una buena parte de serosa por adherir. El Profesor Adrián de Garay [1] se decidió entonces á hacer la operación de Estlander: hizo la resección subperiostica de cuatro costillas por medio de dos amplias incisiones paralelas á dos de ellas, habiéndome encargado de poner las suturas y la curación. Se hizo un lavado intracavitario perfecto y una canalización corta de la herida primitiva, no ya con los tubos en escopeta, sino con la gasa yodoformada. Ocho días después hubo indicación local de remover el apósito; al hacerlo se encontró apenas una poca de supuración por la herida primitiva; las dos

1 Que suplía la sala número 2 del Hospital Juárez por ausencia del Dr. Fernando Zárraga durante su último viaje á Europa.

heridas correspondientes á las costillas resecadas cicatrizadas por primera intención. Se quitaron los puntos de sutura en su totalidad y se procedió al lavado de la cavidad restante, pues la depresión de la pared fué tan considerable que redujo á aquella notablemente. Por indicación del Sr. Doctor Garay hice una inyección yodada intrapleural y reduje más aún la longitud de la mecha de gasa canalizante. Varios días después segunda curación postoperatoria. La gasa canalizadora se había salido, la cavidad pleural se hallaba reducida á cero. Esta vez me limité á curar á fondo la herida primitiva; á la siguiente curación intenté la reunión inmediata secundaria que se obtuvo sin estorbo. Pocos días después el enfermo salía del hospital curado enteramente, conservando su desviación lateral de la columna y el descenso del hombro derecho. Hoy aún la curación se sostiene, las costillas se han regenerado en línea recta formando con el resto de la costilla una línea quebrada mixta; el hombro derecho se encuentra á la misma altura que el izquierdo, merced á la producción de una curvatura de compensación en la columna al nivel de la región lombar. Ejecuta esfuerzos considerables sin experimentar la menor molestia, pues según él mismo me ha comunicado, levanta grandes pesos y ejecuta movimientos rítmicos de proyección del tronco hacia adelante y hacia atrás acompañados de profundas inspiraciones y expiraciones, debido á su oficio de panadero. Como se comprende esto es una gimnasia pulmonar exagerada que si bien tiene el inconveniente de predisponer el órgano respiratorio á una reincidencia, en cambio tie-

ne la ventaja de ir aumentando progresivamente la capacidad respiratoria ó espirométrica, y por tanto á ir ensanchando el campo de la hematosis. (Observación personal.)[1] El Dr. Garay ha practicado multitud de pleurotomías y operaciones de Estlander con motivo de heridas penetrantes de pecho con derrame. Principia siempre por la pleurotomía y en vista de la retracción pulmonar reseca las costillas necesarias. Practica lavados abundantes con sulfato de cobre al 1 por 1,000 ó con cianuro de mercurio al 1 por 4,000 siempre que la temperatura se eleva ó la curación se ensucia. El Dr. Garay considera esta operación de pronóstico benigno en lo general. Tiene como 40 casos, casi todos con éxito.[2]

II

FRACTURAS.

A.—Subcutáneas.

Del fémur. Varias observaciones, de las que tres son importantes.

Primera observación.—Hombre adulto, bien constituído. Ninguna diátesis. Fractura subcutánea en el

1 El enfermo á que se refiere la presente observación ha sido visto por los Dres. Adrián de Garay, Porfirio Parra é Ignacio Ocampo y está dispuesto á ser examinado á cualquiera hora.

2 Como heridas curiosas señalaré algunas del antebrazo é interesando los nervios radial ó cubital. El Profesor Garay ha suturado dichos nervios con éxito.

tercio medio del fémur derecho. Cabalgamiento. Hidartrosis ligera de la rodilla. Tratamiento: aparato de extensión continua de Tillaux. Dr. Tobías Núñez (Clínica quirúrgica del Hospital Juárez). Resultado: curación en menos de sesenta días. Consecuencias: rigidez temporal de la articulación de la rodilla, edema pasajero del pie y pierna correspondientes,[1] exuberancia del callo y periostosis de los fragmentos; acortamiento total, dos centímetros (Observación personal).[2]

Segunda y tercera observaciones.—Relativas á adultos bien constituídos sin ninguna diátesis. Fracturas subcutáneas: una del tercio superior, otra del tercio medio del fémur izquierdo, sin cabalgamiento. Ligera hidartrosis de la rodilla del mismo lado. Tratamiento: aparato de extensión continua en ambos casos. Curación en menos de sesenta días. Consecuencias: edema ligero del pie y pierna correspondientes á la fractura. Nada de acortamiento ni periostosis, ni exuberancias del callo. Dr. Fernando Zárraga (Hospital Juárez, sala 2). (Observaciones personales.)

1 Atribuído por el Dr. Núñez á la pereza de los linfáticos para la absorción y conducción de la linfa, cuando el miembro es colocado de nuevo verticalmente después de una permanencia prolongada en la posición horizontal ó un poco elevada, en que la circulación de vuelta (venosa y linfática) es favorecida por la pesantez.

2 Enfermo cuya historia presenté al profesor, y el cual sirvió más tarde para mi examen de clínica externa de segundo año.

B.—Expuestas.

Observación cuarta.—Adolescente de regular constitución. Fractura de la tibia derecha en el tercio medio de la pierna, complicada de herida á este nivel.

Primera curación antiséptica y aparato provisional en la sección médica respectiva. Al tercer día temperaturas de 38° y de 38° 7. Segunda curación antiséptica, supresión de las suturas, desinfección rigurosa y colocación de un aparato definitivo de ventana. Días subsiguientes: temperaturas normales; estado general bueno (Dr. Porfirio Parra, Hospital Juárez, sala 3).

Resultado: curación en menos de sesenta días. Consecuencias: edema pasajero de la pierna y pie correspondientes, después del levantamiento del aparato. Rigidez temporal de la articulación de la rodilla derecha. Ni periostosis, ni exuberancia del callo, ni acortamiento.

Observación quinta.—Anciano decrépito y emaciado. Artrítico por diátesis. Fractura expuesta del tercio medio del cúbito derecho. Primera curación antiséptica y aparato provisional en la sección médica de que fué enviado. Al día siguiente [1] segunda curación antiséptica y nuevo aparato definitivo de ventana. Días subsiguientes: temperaturas normales; estados local y general buenos. Décimo quinto día, descompostura del aparato, tercera curación. Cicatrizada la herida exterior é incomunicada la fractura. Colocación de un

1 No obedeciendo á indicación particular sino por haber sido tomado este enfermo para la clínica.

aparato sin ventana que se tiene hasta la consolidación completa (Dr. T. Núñez, Hospital Juárez, sala 1). Resultado: curación en menos de sesenta días. Movimientos de pronación y de supinación conservados. Observación personal.[1]—El Dr. Garay tiene varios éxitos en casos de fracturas complicadas de herida. En un caso se trataba de un hombre de más de 50 años; fractura complicada de herida en la pierna; resección de varias esquirlas y fragmentos; consolidación con 4 centímetros de acortamiento. De los otros casos que le son propios, señalaremos uno de que nos acordamos: fractura conminuta del cuerpo del fémur por una bala; aparato de extensión continua é inmovilidad; consolidación y movimientos normales con un centímetro de acortamiento. Dos meses después de dado de alta, el Dr. Garay extrajo el proyectil, con anestesia local. La bala se encontraba en el músculo tibial anterior. La incisión que se hizo para sacarla cicatrizó en 24 horas. En los casos de fracturas complicadas de una ó varias heridas, el Dr. Garay ha ideado el aparato siguiente, que le ha dado magníficos resultados, y que resuelve las dos cuestiones del problema: antisepcia é inmovilidad; coloca una canaladura metálica de alambre amoldada al miembro y pegada á él; encima del aparato coloca la curación, el empaque algodonado, el vendaje, etc. Pueden cambiarse las curaciones sin mover el miembro y la antisepcia puede practicarse perfectamente sin mover la canaladura.[2]

1 Historia presentada al Profesor Dr. Núñez en la clínica externa de segundo año.

2 Véase "La Escuela de Medicina," Tomo XIII, número 3.

A propósito de fracturas señalaremos por su rareza un caso de fractura típica de la base del cráneo (otorragia salida del líquido céfalo-raquideano, parálisis facial) que curó perfectamente, sin accidente ninguno, en la sala del Dr. Garay. Esto es importante bajo el punto de vista del pronóstico.

III

QUEMADURAS.

Observación primera.—Hombre adulto, constitución fuerte; quemaduras de 1,º 2º y 3er. grado en ambos miembros superiores. Tratamiento: lavados y curaciones antisépticas diariamente. Resultado: curación. Consecuencias: cicatrices blancas, plegadas y coriáceas.

Observación segunda.—Adulto vigoroso; quemaduras extensas de 1º, 2º y 3er. grado, distribuídas en el tronco y en los miembros (abarcando más de las dos terceras partes de la superficie del cuerpo). Tratamiento: lavados antisépticos y polvo de bismuto diariamente. Resultado: muerte al tercer día. Autopsia: placas necrobióticas, duodenales, de un color rojo moreno tirando al negro: aún no existían ulceraciones típicas.

Observación tercera.—Individuo adulto, fuerte de constitución; quemaduras de 1º, 2º y 3er. grado en el

pág. 61 y sig. *Nota sobre el tratamiento de las fracturas complicadas de la pierna* por el Dr. M. Uribe Troncoso.

El Dr. Garay ha dado á conocer también otro aparato para las fracturas subcutáneas de la clavícula, al que él llama *en silla*. En la sala número 7 que es á su cargo lo he visto aplicar con suma facilidad pero sobre todo con muy buen resultado.

dorso y regiones lombares (abarcando *menos* de las dos terceras partes de la superficie del cuerpo). Tratamiento: lavado antiséptico único y polvo de bismuto diariamente. Resultado: curación por cicatrización subcrustácea; ni cicatrices coriáceas, ni plegadas; manchas rosadas ocupando el lugar de las quemaduras, de consistencia blanda igual al resto de la piel y desapareciendo en poco tiempo, fueron la única huella dejada por las quemaduras. Dr. Porfirio Parra (Hospital Juárez, sala núm. 3).

Observación cuarta.—Hombre adulto, vigoroso; quemaduras de 1º, 2º y 3er. grado, diseminadas en la parte anterior del tronco y en los miembros; interesan menos de las dos terceras partes de la superficie de la piel. Tratamiento: lavado antiséptico único y polvo de bismuto diariamente. Resultado: cicatrización subcrustácea, manchas rosadas semejantes á las del caso anterior (Hospital Juárez, sala núm. 2, observación personal.)

El Profesor F. Zárraga, que preconiza el tratamiento de las quemaduras por el sub–nitrato de bismuto en polvo, nos dice que se lo recomendó el Dr. Garay, quien lo tomó de un periódico de medicina, y que siempre que lo ha usado ha tenido que felicitarse del resultado.

Recuerdo que el citado Maestro presentó á la Sociedad médica "Pedro Escobedo" un caso de curación de vastas quemaduras sin cicatrices, que había sido tratado por ese medio. Por mera curiosidad hizo llevar un gran alcartaz que contenía las costras de aquel enfermo.

Ciertamente que el tratamiento por el bismuto es algo desagradable, bajo el punto de vista estético, por esa gran cantidad de costras que deja acumular sobre la piel, y que forzosamente hay que conservar hasta que espontáneamente se desprendan y caigan (porque de lo contrario quedará una cicatriz notable y quizá perpetua), y porque debajo de las costras escurre el pus que se deja concretar con la adición de mayor cantidad del mismo polvo; pero es también aquel que, sostenido, da las mayores garantías con respecto al resultado de su empleo, no dejando, por decirlo así, ninguna huella de quemadura. El tratamiento no es, repito, nada bello, pero su resultado sí lo es.

Se comprende que tan feliz éxito sea de inestimable valor en las quemaduras de la cara, y sobre todo tratándose de la bella mitad de nuestra especie.[1]

IV

CARIES Y NECROSIS.

Varias observaciones.—Hospital Juárez, Salas 1 y 11.

(Dr. Tobías Núñez.)

Manera de reconocer y diferenciar uno del otro estos dos procesos.[2]

INSPECCIÓN.

Caries.	*Necrosis.*
Orificio fistuloso infundibuliforme, deprimido y sin yemas carnosas ó con yemas exuberantes, pálidas ó de color sucio (de mala naturaleza).	No deprimido y con yemas rojas pequeñas (de buena naturaleza).

1 ¿No sería aplicable el mismo tratamiento sobre las pústulas de la viruela, á fin de evitar la cicatriz consecutiva?

2 Notas extraídas de las lecciones orales dadas por el citado Profesor en su clínica externa de aquel hospital.

Caries.	*Necrosis.*
Color azulado ó amoratado de la piel alrededor del orificio de la fístula.	La piel del derredor de la fístula tiene la misma coloración que el resto.
Escurrimiento escaso.	Escurrimiente moderado.
Pus mal ligado, sanioso, algunas veces fétido.	Pus laudable, cremoso, bien ligado (de buena naturaleza), casi sin olor.

EXPLORACIÓN CON EL ESTILETE.[1]

Caries.	*Necrosis.*
Dolorosa.	Indolora.
Sangrante por más cuidados que se tengan.	A blanco casi siempre si se hace con cuidado.
Sensación especial de crujido, semejante á la que se obtiene introduciendo el estilete en un terrón de azúcar mojado.	Sensación especial, clara, como metálica, de un cuerpo sólido, rugoso, que no cruje al hundir en él el estilete y que es ó no móvil.

La depresión del orificio fistuloso en la caries, se debe á las adherencias de la piel con el hueso subyacente, adherencias que existen raras veces en la necrosis.

Las yemas pálidas, atónicas, que rodean el orificio de la fístula, en la caries, se comprende que sean producidas por un organismo de diátesis escrófulo-tuberculosa, terreno en el que con más frecuencia se desarrolla dicho proceso, no pasando así con la necrosis que no está ligada á un estado general diatésico.

El color azulado ó violado de la piel que circunda este orificio, es debido tal vez á una modificación en la composición química del pigmento, modificación imperfectamente conocida, pero que la clínica muestra estar ligada con el estado general estrumoso. Dicha

1 El estilete es un poderoso adyuvante del tacto, y es necesario acostumbrarse á manejarlo, pues sólo así se puede llegar, con ayuda de él, á obtener sensaciones claras que nos suministren datos precisos para el diagnóstico.—(Dr. T. Núñez.)

modificación no se presenta en la necrosis sino por excepción.

Los caracteres del pus de la caries se deben á su naturaleza específica (tuberculosa); mientras que el pus de la necrosis suele ses aséptico ó contener microbios ordinarios de la supuración; el de la caries contiene bacilus de Koch.

La exploración del fondo del trayecto fistuloso es dolorosa en la caries por la gran cantidad de filetes nerviosos que existen normalmente en el hueso y cuya sensibilidad se exalta por la inflamación. En la necrosis habría la misma razón para provocar el dolor, si no fuera que la parte tocada se encuentra generalmente privada de vitalidad y aislada del hueso vivo, mortificada, segregada ó *secuestrada*, como se dice, y por tanto insensible. Es por esta razón, que en la clínica se permite á todos los alumnos tocar sucesivamente con el estilete un hueso necrosado, no siendo esto igualmente permisible si se trata de una caries, para evitar los sufrimientos del paciente.

Esta misma operación es sangrante cuando hay caries, por la vascularización tan considerable del hueso enfermo, así como también por la facilidad con que se desgarran los capilares del tejido inflamado. Sabemos cuánto se vasculariza todo tejido que se inflama y cuán frágiles son los vasos nuevamente formados. Por una razón opuesta, dicha exploración se hace á blanco si se toca el secuestro exangue y duro de la necrosis.

En cuanto á la sensación dada por el estilete, es producida, en la caries, por la ruptura de las trabéculas ó laminillas huesosas sumamente adelgazadas, quebra-

dizas al menor contacto y que crepitan de un modo particular. Nada semejante se observa en la necrosis, donde la sensación es de resistencia firme producida por el secuestro.

Y por lo que toca á la naturaleza de ambos procesos, por no parecerme ocioso diré, que: mientras que el uno, la necrosis, es indiscutiblemente de origen gangrenoso ó necrobiótico, y es la terminación posible de muchos padecimientos huesosos, inflamatorios la mayor parte (osteitis simple, sifilítica, osteomielitis, tuberculosis huesosa, traumatismos de los huesos), la otra, la caries, ha sido sucesivamente considerada como una inflamación crónica supurada (Billroth), como una osteitis aguda ingertada sobre una osteitis crónica (Nelaton), como una osteitis ulcerosa (Follin), como una degeneración grasosa de los osteoplastos (Cornil y Ranvier), y por último, como una lesión tuberculosa, como una variedad de osteitis tuberculosa rarificante (por oposición á la osteitis tuberculosa condensante), y que por tanto es una afección huesosa en toda forma, que puede terminar á su vez por un proceso necrótico común. Dicho origen, exclusivamente bacilar de la caries y múltiple de la necrosis, viene á marcar más todavía la diferencia entre uno y otro de estos padecimientos.

V

ABSCESOS.

A.—En general.—Observaciones numerosísimas. Tratamiento seguido. Tres opiniones: 1ª, poner la cataplasma antiséptica de Reclus hasta obtener la fluc-

tuación manifiesta, abriéndolos después; 2ª, hacer una punción aspiratriz exploradora, seguida ó no de la debridación amplia; 3ª, incisión precoz por pequeño y profundo que sea el absceso (Dr. Fernando López, y con él varios otros renombrados cirujanos). En este caso he visto obtener muy buenas reuniones inmediatas; por el contrario, cuando se espera, por poco que sea, el resultado es siempre menos bueno. Se funde una mayor cantidad de tejidos y así es como aumenta el tamaño del foco, si éste llega á flor de piel, ésta se adelgaza, su tejido celular se supura también y queda privada de sus elementos nutritivos; se mortifica y se desprende; el pus hace entonces irrupción al exterior espontáneamente; pero después de muchos días de atroces sufrimientos, durante los cuales el enfermo febricita, no come, se denutre por autofagismo y se intoxica por las ptomainas secretadas cada día en más abundancia por los micros. De esta doble causa de aeterioro general del organismo, repercutida localmente sobre la pared externa del foco, es de donde resulta el adelgazamiento de ésta y la abertura espontánea del absceso. ¡Qué tropo patológico! ¡Qué fisiología patológica tan lenta en evolucionar para conseguir un resultado tan malo!

La naturaleza logra al fin desembarazarse de aquel enorme batallón de enemigos que, acantonados y afortinados en uno de sus territorios, le envían desde allí en todas direcciones su letal cicuta. Ella refuerza su membrana piogénica para defenderse; pero el veneno se filtra bajo presión por entre los elementos que com-

ponen esta membrana,[1] y disolviéndose en la linfa y en la sangre llega por estas dos vías, á cual más rápida, á todas las estaciones orgánicas, dando por fin la vuelta alrededor de todo el organismo. En esta larga pero veloz y rápida visita á todas las celdillas vivientes, no quedan todas ellas ilesas: unas se destruyen, otras sufren una parálisis del movimiento protoplásmico que les es propio, y por tanto, de su vida elemental; otras se alteran degenerándose y transformándose; otras aún reaccionan y protestan contra la causa invasora que las excita, y de este modo es como observamos, á consecuencia de tan reñida lucha, los destrozos y desórdenes anatómo-patológicos así como funcionales y vitales, que sólo dejan de manifestarse ó cuando la cirugía destruye *in situ* al enemigo, ó cuando ya éste ha destruído al individuo. Los elementos encargados de hacer esa protesta son los que componen los centros caloríficos bulbo-medulares, de los que á su vez depende la inervación vaso-motriz simpática reguladora de las combustiones.

La fiebre, ese síntoma general, constante en todas las infecciones, no hace falta en este caso, se presenta allí con diversos motivos, sirve de algo; y pues que sabemos que depende del aumento de las combustiones orgánicas exageradas y éstas favorecen á su vez la de las toxinas de que están impregnadas las celdillas, de una manera indirecta favorece la destrucción de dichas

1 Y tal vez también por osmosis entre las toxinas disueltas y el plasma sanguíneo á través de la capa endotelial, única, que posseen los vasos neoformados que serpentean en dicha membrana piogénica.

toxinas, quemándolas, por decirlo así, junto con los tejidos. Por otra parte, la hipertermia favorece la disolución de las ptomainas como la de los demás alcaloides orgánicos, y por tanto, facilita su eliminación por los diversos emonctuorios cuya hipercrinia se halla en todo su vigor, y, donde si bien las secreciones son en apariencia escasas en cantidad, en cambio son también sumamente densas y tóxicas debido esto á la concentración que sufren por la evaporación, proporcionalmente mayor, que entonces tiene lugar por la piel y mucuosa pulmonar, y á su composición química modificada por la presencia de dichas substancias eliminadas en gran parte *in natura*. En último lugar, la fiebre considerada solamente como síntoma y como síntoma que se acompaña de otros varios que le forman cortejo y que son como ella intensos para llamar la atención del paciente y de los que le rodean, sirve para dar aviso de que algo serio ocurre en el organismo en que se sitúa. El investigador entonces observa, lee, traduce, juzga, diagnostica, prevé y trata, llevando en su conciencia la tranquilidad del que sabe que bien obra, en su mano los recursos del arte y en los resultados de su intervención oportuna y bien dirigida el alivio del que sufre.

B. En particular.—1º Metatíficos. Innumerables casos. Más comunes en la región parotidea de un solo lado, mas raras veces de los dos simultánea ó sucesivamente; después en las regiones trocanterianas y sacra;[1] vienen en seguida los del dorso (sobre todo al

1. Donde son más comunes las escaras por el decúbito (*decúbitus acutus*) que los abscesos.

nivel de las salientes oseas del escápulum), regiones gluteas, regiones del codo y los de las demás partes de los miembros. Una sola vez la determinación flegmásica se ha llevado sobre la próstata.[1] Tratamiento: el que se instituyó en este último caso fué abrir al pus una salida franca por la vía perineal, siguiendo las reglas clásicas; en todos los otros casos la incisión precoz fué igualmente la regla de conducta; en todos también antisépcia pre y post–operatoria rigurosa (Doctor Porfirio Parra. Servicio médico quirúrgico de convalecientes de tifo en el Hospital Juárez. Sala núm. 3.[2]) Resultados: curación.[3]

2º Consecutivos á la erisipela. Varios casos ocupando, en la mayor parte, el tejido celular de la región occipito–frontal, el de la cara, del dorso del pie, piernas y muslos. Dos veces el de la región interescapular; menos frecuentemente el de las demás regiones del cuerpo. Tratamiento: se trataron todos por la incisión y canalización precoces y ultra–antisépticamente. Resultado: en todos curación rápida (Dr. Porfirio Parra, Sección de convalecientes de erisipela en la Sala 3 del Hospital Juárez).

3º Desarrollados inmediatamente á consecuencia de un traumatismo. Tres casos solamente. Los dos pri-

1. Atraído allí, sin duda, por un padecimiento antiguo del canal de la uretra, de naturaleza blenorrágica.

2. En el libro de historias de la referida sala se registran las anteriores observaciones.

3. El enfermo á que se refiere la observación última, se dió de alta á principios de Abril de este año, veinte días después de operado (Obs. pers).

meros muy extensos ocupando todo el tejido celular laxo sub–aponeurótico de la región occípito–frontal y consecutivos á heridas de esta región, una de las cuales en colgajo; el tercero se desarrolló en la región supraciliar izquierda por una contusión al segundo grado, la que se acompañaba de una escoriación insignificante en el vértice de la giba frontal homónima. Tratamiento: el de los dos primeros fué: hacer contra aberturas en los cuatro puntos cardinales del límite periférico de la región; el del tercero, incisión precoz y amplia paralela á la ceja y en los tres, curación antiséptica: seca abierta á los dos primeros; por oclución en el tercero. Resultado: curación; en los dos primeros cicatrización por supuración; en el último reunión inmediata primitiva ó por primera intención (Dr. Porfirio Parra.[1]) Consecuencias: en los dos primeros, fijeza completa de la piel de la cabellera por su adherencia con los planos subyacentes; en el tercero, ligera adherencia de la cicatriz, que se confundía con una de las arrugas frontales haciéndose por tanto muy poco visible.

Como se ve en estos tres casos la patogenia del absceso ha sido clara, en los dos primeros este se desarrolla inconcusamente por propagación de una infección directa de la capa laxa infra–aponeurótica puesta á descubierto por la herida; en el tercero, una escoriación leve y en apariencia insignificante sirve de puerta de entrada al germen cuya huella es la linfangitis extendida desde la escoriación hasta el foco sanguíneo que supura, porque se encuentra en el camino recorrido por los linfáticos aferentes infectados. Hasta aquí

1. En el lugar ya citado.

nada hay notable, todo se explica. Yo he podido observar, sin embargo, otra serie de casos, quizá más numerosos, en los cuales no existía acompañando al traumatismo ninguna puerta de intromisión sensible en la epidermis, ni escoriación, ni herida contusa; y sin embargo, repito, un foco de supuración ha sido la consecuencia de una contusion á cualquier grado.[1]

¿Será esto debido, como creo haberlo leído y oído asegurar, al grado de septicidad de la sangre que es peculiar en ciertos casos á ciertos individuos (tuberculosos por ejemplo), en los cuales el traumatismo no hace sino las veces de causa ocasional para el desarrollo del foco micróbico, derramando en aquel lugar el germen que antes existía circulando dentro de los vasos? Verneuil, Duclaux son de esta opinión pues di-

1. Un caso de este género me tocó estudiar en mi examen de clínica externa del cuarto año, por indicación del Sr. Profesor Dr. J. Ramón Icaza. La explicación de estos hechos, según Macé, es que el pus no siempre es producido por microbios. Dicho autor considera este líquido como el producto de la irritación de los tejidos, como el resultado de la reacción de ellos en presencia de una causa irritante cualquiera. De esta suerte se formaría el pus aséptico.

Cristmas y Grawits han descubierto y aislado de algunos cultivos microbianos una substancia particular, de la clase de las toxalbúminas ó ptomainas, substancia que esterilizada é inyectada en el tejido celular da lugar á la formación de un absceso. Esta substancia, según Macé, obraría como un simple irritante de los tejidos y nada más, como un agente muy apto para provocar en ellos esa reacción cuya terminación sería la formación del pus.

Sea de esto lo que fuere, el hecho demostrado es: que por una parte se forman abscesos sin puerta de entrada, y que por otra el pus que ellos contienen puede contener ó no gérmenes, puede ser ó no aséptico.

cen que, gérmenes pueden existir y que de hecho existen en la sangre, pero que no encontrando en ese medio condiciones favorables para su desarrollo, no parece sino que están en estado latente, esperando que esas condiciones se realicen para dar principio á la obra de su multiplicación. El traumatismo sería una de esas condiciones favorables y la sangre derramada en los tejidos, privada de circulación y un tanto desoxigenada, estaría más propia para el desarrollo de ciertos microorganismos, anaerobios por ejemplo. (Schizophycetos patógenos como el bacilus de Koch, el estreptococo, etc).

VI.

LAPAROTOMIAS.

En una corta serie de observaciones recogidas por mí en el servicio de cirugía de mi bondadoso maestro el Sr. Profesor Dr. Fernando Zárraga (Hospital Juárez, Sala 2), observaciones relativas á la práctica de la Laparotomía *antiséptica* á título de operación secundaria, por peritonitis traumática unas veces incipiente, otras bien desarrollada, el resultado de dichas intervenciones fué el siguiente:

"Tantos laparotomisados, tantos muertos"............

....

Ya no volvimos á hacer laparotomías.

Por el contrario, el resumen estadístico de las diversas series de laparotomías *asépticas* practicadas por el Dr. Nicolás San Juan y que es como sigue:

"En las primeras	12.....................	2 muertos
Hasta el número	22.....................	2 muertos
y del 23 al número	38.....................	0 muertos [1]

tendería á sugerir la idea de que tan importante operación, aplicada á los traumatismos del vientre, tal vez daría menos mortalidad á título de exploradora y preventiva que como curativa en plena peritonitis traumática.[2]

Estas dos series no son semejantes en lo relativo á las condiciones operatorias, lo son *solamente* en lo que se refiere á la operación en sí, á su importancia, etc.[3]

1. Revista Médica, Abril de 1895, tom. VII, núm. 24, pág. 513. En un importante trabajo intitulado: "Cuatro palabras acerca de una Ovariotomía" y presentado por su autor á la Academia Nacional de Medicina con fecha 4 de Junio de 1894.

2. El Dr. Tobías Núñez, en el trabajo que presentó en el último Congreso que se verificó en la ciudad San Luis Potosí, no opina porque se practique la laparotomía como medio curativo en las heridas penetrantes de vientre, en las que está herido el intestino, cuando se ha presentado la peritonitis séptica por no haberse hecho la sutura intestinal. La operación por las malísimas condiciones en que tiene que ejecutarse en estos casos, trae casi con seguridad la muerte del paciente, pues la peritonitis que se desarrolla por lesión del intestino, según el Dr. Núñez, presenta una marcha sobreaguda y se generaliza violentamente á toda la serosa.

3. Recuerdo que no hubo un solo caso de la serie primera en el cual no se encontrarán las falsas membranas de la peritonitis; las colonias microbianas eran tan numerosas que hubiera sido necesario *mondar* al intestino, por decirlo así, y arrancar con ellas su túnica serosa y en una extensión considerable, lo cual es materialmente imposible y prácticamente irrealizable. En cuanto á la desinfección rigurosa es también, bacteriológicamente hablando, imposible de alcanzar dada la extensión de la serosa, sus numerosos repliegues y sinuosidades, lo que dificulta extraordinariamente el lavado de la cavidad que una vez contami-

No son por tanto comparables sino en la parte que tienen de semejante, pues los otros factores (el individuo, el medio, etc.) difieren enteramente. Ahora, esta diferencia en los factores implica, según se desprende de la comparación de ellos entre sí, una diferencia enorme en el resultado; así pues, mientras que en la segunda serie la mortalidad tiende á reducirse á 0, en la primera tiende á ser igual al ciento por ciento.

¿De qué depende esto? Evidentemente que de esas condiciones tan diametralmente opuestas en una y otra serie. Veamos si nó, que en tanto que en la segunda las referidas condiciones son inmejorables (preparación de las enfermas por medio de baños de sublimado, una alimentación y medicación bastante apropiadas, asépcia peritoneal), en la primera de dichas series estas condiciones no podrían ser peores (desaseo extraordinario del enfermo, tanto externo como interno,[1] urgencia de la intervención que hace casi imposible una buena toilette del campo operatorio, etc., etc.)

Creo que con lo dicho basta para comprender la causa de la divergencia tan considerable de los resultados obtenidos en unos y otros casos. No haré sino

nada ya no se puede desinfectar hágase lo que se haga. Así pues, más bien que curarla cuando ya exista hay que tratar de evitar esa contaminación; este es el punto capital, el que debemos tener por mira en nuestras intervenciones sobre el peritoneo, pues que, una vez infectada esta serosa, nada podrá detener la marcha de tan terrible complicación (Dr. Zárraga).

1. Y hablo aquí, no ya de la cavidad gastrointestinal, (habitualmente llena y repleta en estos individuos) sino del peritoneo mismo contaminado ora por el instrumento vulnerante, ora también ó aisladamente por el contenido de la ó las vísceras interesadas por aquel.

mencionar á este respecto la práctica seguida por Reclus y por Chaput tratándose de las heridas penetrantes de vientre, práctica tan bien conocida y tan claramente expuesta por el primero de estos cirujanos franceses en su clínica quirúrgica de la Caridad.

Siendo por otra parte impracticable *siempre* entre nosotros, (como lo es *algunas veces* entre los europeos) la laparotomía dentro de las cuatro primeras horas que siguen al traumatismo, como lo propone M. Chaput (dadas las escasas atribuciones del personal de cirugía de urgencia en las Comisarias, y lo inadecuado del local reservado en estos establecimientos para la cura provisional de los heridos,) hay que conformarse con la espectación sistemática en los casos en que el tiempo oportuno de intervenir ya ha pasado. Y si se advierte que así son todos los que se presentan al cirujano de nuestro hospital de sangre, no se puede menos que deplorar tal circunstancia, porque ni siquiera se tiene el derecho de usar de la autorización que la clínica nos confiere para intervenir, una vez que se han precisado las indicaciones de la operación. Reclus dice que él no es sistemático, que interviene siempre que, estando dentro del tiempo oportuno. puede precisar dichas indicaciones;[1] expectando en las condiciones opuestas. Pero Reclus en Paris tiene el derecho de intervenir siempre que él lo cree indicado y por eso no es expectador sistemático; nuestros cirujanos tienen que serlo por fuerza porque no les queda otro recurso. Unos, los del servicio de urgencia en los secciones Médicas de

1. Véase la clínica quirúrgica de este autor, cap. Del Tratamiento de las heridas penetrantes de vientre.

Comisarías, no lo hacen porque aunque están en las mejores condiciones *de aptitud* y *disposición*, no tienen atribuciones para ello; otros, los de Hospital, tampoco operan ya, porque una dura experiencia les dicta, que pueden esperar más de una juiciosa espectación que de una magnífica pero inoportuna laparotomía. El día que, ¡ojalá! no esté remoto, puedan hacer lo conveniente, con su habilidad y con su empeño, tendrán el éxito en justa recompensa á sus desvelos.

VII

AMPUTACIONES.

A. De pierna.—Muchísimos casos, generalmente por fracturas de ambos huesos de la pierna;[1] procedimiento del Dr. Montes de Oca en el lugar de elección (Dres. Zárraga, Adrián de Garay y Rafael Caraza, en los servicios de cirugía general que á cada uno de estos cirujanos corresponde en el Hospital Juárez).

El mismo procedimiento á los Dres. Fernando López y Rafael Caraza en el Hospital de San Lucas. Al Dr. Núñez he visto usar varias veces el procedimiento en raqueta corta, de León Lefort, con ó sin canalización consiguiente. En todos estos casos el éxito completo

1. Fracturas de pierna en lenguaje usual de la cirugía, en oposición á las fracturas aisladas de uno de los dos huesos de este segmento de miembro y que son designadas con los nombres de fracturas de la tibia ó del peroné. Igual nomenclatura es usada para el antebrazo, y así se dice: fracturas del radio, fracturas del cúbito, fracturas del antebrazo, según que estén interesados el radio, el cúbito ó ambos huesos á la vez.

ha sido el resultado operatorio. La mayor parte de todas estas intervenciones ha quedado sin consecuencias. Muchos de estos casos han sido observaciones personales.

B. De muslo.—Varios casos; tercic medio; método circular. Suturas por planos hasta la piel. Antisepcia rigurosa en todos los tiempos de la operación. Nada de tubos de canalización. Curación seca. (Dres. F. López, (Clínica quirúrgica del Hospital San Lucas) y F. Zárraga (Hospital Juárez, Sala 2). Resultados: curación, reuniones por primera intención. Al octavo día que se quitaban las suturas se hacía una segunda curación contentiva para resguardar el muñón de los choques y se mantenía aquella un número de días variable en general, dándose de alta á los enfermos poco tiempo después de operados.[1] El Dr. Garay ha inventado unas compresas metálicas para hacer la retracción de las carnes en las amputaciones y protegerlas de este modo, seguramente, de la atrición producida por la sierra; además dichas compresas tienen la inmensa ventaja de permitir hacer el corte huesoso muy alto, dejando así un muñón perfectamente acolchonado; pero otra ventaja mayor consiste en que pueden ser esterilizadas á satisfacción.[2]

2. La mayor parte de estas observaciones se refieren á casos de fracturas expuestas del fémur (directas é indirectas), cuyas complicaciones ó accidentes hacían necesaria é indispensable la intervención.

1. No paso á hacer su descripción por tener entendido que el Señor Profesor Garay va á publicar próximamente un trabajo en que dará á conocer su invento detalladamente. He creído sin embargo oportuno hacer mención, en este humilde opúsculo, de algunas de las cualidades

VIII

DESARTICULACIONES.

A. Del hombro.—Un caso. Herida por arma de fuego. Orificio de entrada: región pectoral derecha. Trayecto horizontalmente dirigido afuera y un poco atrás. Orificio de salida en la pared interna de la axila, inmediatamente atrás del borde inferior del gran pectoral. Nueva herida en la cara interna del brazo y fractura conminuta del húmero al nivel de su cuello quirúrgico. Operación: compresión de la arteria subclavia sobre la segunda costilla.[1] Procedimiento del Dr. Montes de Oca, un poco modificado. Ligaduras terminales algo numerosas y por el procedimiento clásico. Suturas. Tubo de canalización. Curación antiséptica (Doctor F. Zárraga. Hospital Juárez, Sala 2). Resultado: reunión de una buena parte de la herida operatoria, por primera intención; por supuración el resto. Complicaciones: neumonía del vértice derecho. Tratamiento médico clásico. Exito final: alta después de pocos días.

B. Del pequeño dedo izquierdo.—Un caso. Herida por machacamiento con fractura conminuta de las tres falanges. Procedimiento en grupera. Hemostasis perfecta. Antisepcia irreprochable. Regularización y resección de las extremidades tendinosas. Suturas. Sin

más notables que á mi juicio poseen tan útiles y cómodos instrumentos que, aparte de otros muchos méritos, tienen para mí el de ser Nacionales.

1. Encargada á mí.

canalización. Duración de la operación: quince minutos en totalidad. Resultado: reunión total y por primer intento, tres días después, que se quitaron las suturas. Cicatriz término dorsal. Curación en menos de quince días (Dr. Porfirio Parra, Hospital Juárez, Sala 3). (Obs. pers,)

IX

FIMOSIS.

Varios casos. Dos de ellos por estenosis cicatricial del limbo, consecutiva á chancros; nueve por postitis ó balanopostitis chancrosas. Tratamiento: Cauterización preliminar de los chancros y operación inmediatamente después. Procedimiento del Dr. Montes de Oca. Curación antiséptica. Dr. Porfirio Parra (Hospital Juárez, Sala 3). Resultado: curación relativamente rápida. En ocho de ellos reunión por primera intención. En uno por supuración é interposición de un tejido cicatricial; la herida operatoria habiéndose convertido en un chancro circular por omisión probable de una cauterización preliminar completa. En los otros dos casos reunión inmediata secundaria ó por segunda intención.

Dos casos más. En ambos, chancro de la mucosa prepucial cerca del limbo. En el primero existía además una vegetación alargada sobre el glande. Operación. Procedimiento del autor. Buena antisepcia, exición y cauterización de la vegetación. Cauterización del chancro al nitrato ácido de mercurio (Dr, Porfirio Parra, Hospital Juárez, Sala 3). Resultado: el enfer-

mo curó. La vegetación no se reprodujo. Su herida operatoria reunió por primera intención en su mitad inferior, en la superior no; habiendo quedado el labio mucoso de la herida desbordando un poco y dando el aspecto de un turbante árabe. Por lo demás, la curación completa no se hizo esperar. En el segundo on había más que un chancro del limbo del lado de la mucosa y cuya cicatriz iba estrechándose más y más. Como en el caso anterior: cauterización del chancro al nitrato ácido. Operación. Procedimiento del autor.[1] Antisepcia rigurosa y curación antiséptica, seca abierta. Dr. Guillermo Parra (Hospital Juárez, Sala 5). Resultado: reunión de toda la herida operatoria por primera intención. Se conservó también la mucosa, menos el anillo vecino del limbo en que se situaba el chancro, y que fué resecado con él. Alta por curación pocos días después.

X

HIDROCELE VAGINAL.

Un solo caso. Vaginal derecha. Quiste enorme incomunicado con la cavidad peritoneal. Individuo ya anciano. Punción exploratriz, sin aspiración, con un

1. El procedimiento á que aludo en estos dos últimos casos, es uno de los tres de que consta el método ideado por mí para llevar á cabo la operación de la fimosis, conservando el prepucio en totalidad ó en parte, el cual método no describo por ser enteramente impropio de este lugar y, además, por tener pensado publicarlo separamente, toda vez que á ello me ha alentado la muy competente y respetabilísima opinión de dos de las más eminentes lumbreras del arte en nuestra Patria.

trócar fino, de estuche. Asépcia rigurosa. Operación estando el enfermo en el decúbito supino. Sin cloroformo; sin cocaina. Evacuación casi completa del líquido (sin inyección yodada). Un poco antes de que dejara de salir, obturación, con el dedo, del orificio de la cánula y extracción suave de ésta. Compresión moderada con un suspensorio acojinado. Dr. Adrián de Garay (Hospital Juárez, Sala 2). Resultado: curación. Varios meses después el enfermo volvía al Hospital por un machacamiento de la mano derecha. El Dr. Garay amputó el antebrazo en su tercio inferior. La reproducción de la hidrocele no se había hecho aún. La curación se mantenía.

México, Mayo 11 de 1895.

PEDRO M. GARZA.